

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Bernard ROSENFELD

Né le 26 janvier 1908, à Bucarest (Roumanie)

Les

PRÉSENTATIONS DE LA FACE

Observées durant les dix dernières années
à la Maternité de Lariboisière

ÉTUDE STATISTIQUE

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Bernard ROSENFELD

Né le 26 janvier 1908, à Bucarest (Roumanie)

Les

PRÉSENTATIONS DE LA FACE

Observées durant les dix dernières années
à la Maternité de Lariboisière

ÉTUDE STATISTIQUE

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1933

DOYEN... M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	N...
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	LENORMANT.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.....	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET
	CARNOT.
Clinique médicale.....	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	N...
	N...
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire.....	MAUCLAIRE.
	MULON.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiatrie.	LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
N. Physiologie.	LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
AUBERTIN Pathologie médicale.	LEMAITRE Oto-rhino-laryngologie.
BENARD (H.)... Pathologie médicale.	LEVEUF Pathologie chirurgicale.
BROCQ Pathologie chirurgicale.	LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
BRULÉ Pathologie médicale.	LIAN Pathologie médicale.
CADENAT Pathologie chirurgicale.	N... Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.	MONDOR Pathologie chirurgicale.
CHABROL Pathologie médicale.	MOREAU Pathologie médicale.
CHEVALLIER.. Pathologie médicale.	MOULONGUET Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie	MOURE Pathologie chirurgicale.
chirurgicale.	OBERLING Anatomie pathologique.
DOGNON Physique.	OLIVIER Anatomie.
DONZELOT Pathologie médicale.	PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
ÉCALLE Obstétrique.	PORTES Obstétrique.
FEY Urologie.	QUÉNU Pathologie chirurgicale.
GARNIER Pathologie expérimentale.	RICHET Physiologie.
GASTINEL Bactériologie.	SANNIÉ Chimie biologique.
GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.	SÉZARY Dermatologie et Syphili-
GIROUD Histologie.	graphie.
HARVIER Pathologie médicale.	VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
HAZARD Pharmacologie.	médicale.
HOVELACQUE Anatomie.	VAUDESCAL .. Obstétrique.
HUGUENIN Anatomie pathologique.	VELTER Ophtalmologie.
HUTINEL Pathologie médicale.	VERNE Histologie.
JOANNON Hygiène.	VIGNES Obstétrique.
HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.	TROISIER Pathologie expérimentale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	MM.
BUSQUET Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
LEQUEUX Obstétrique.	RETTERER Histologie.
LEROUX Anatomie pathologique.	ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI Clinique médicale.
 CHIRAY Clinique médicale.
 N... Clinique médicale.
 DUVOIR Clinique médicale.
 FIESSINGER .. Clinique médicale.
 LAIGNEL-LEVASTINE. Clinique médicale.
 BASSET Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU Clinique chirurgicale.
 HEITZ-BOYER Clinique chirurgicale.

MM.

MATHIEU Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT Clinique chirurgicale.
 PROUST Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
 LE LORIER ... Clinique chirurgicale.
 LÉVY-SOLAL .. Clinique obstétricale.
 METZGER Clinique obstétricale.
 GUÉNIOT Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les muti- lés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.....		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Hommage d'affectueuse reconnaissance.

A MA SŒUR, A MES FRÈRES

A MA TANTE ET A MON ONCLE B. JUDCOVICI

Avec l'expression de notre profonde gratitude.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES CAMARADES D'EXTERNAT

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

*En le remerciant du très grand honneur
qu'il nous a fait en acceptant la présidence
de cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE

*Qui a bien voulu nous inspirer le sujet de
cette thèse.*

*Avec l'expression de notre profonde re-
connaissance pour les excellents enseigne-
ments qu'il nous a donnés à son Service de
Lariboisière.*

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR J.-L. FAURE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

MONSIEUR LE PROFESSEUR PROUST

MONSIEUR LE DOCTEUR LESNÉ

MONSIEUR LE DOCTEUR HALBRON

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CATHALA

MONSIEUR LE DOCTEUR MAURER

MONSIEUR LE DOCTEUR DOUAY

MONSIEUR LE DOCTEUR DARRÉ

Nous tenons à leur exprimer nos sentiments de profonde gratitude.

LES PRÉSENTATIONS DE LA FACE

Observées durant les dix dernières années à la Maternité de Lariboisière

Introduction

Le travail présent, inspiré par mon maître le Dr Devraigne, comprend une étude de 81 cas avec présentation de la face, cas observés à la Maternité de Lariboisière, pendant une période de 10 ans : 1922-1932.

Notre but a été de faire en même temps qu'une statistique d'ensemble, de fréquence, une autre statistique en groupant des faits semblables afin d'essayer d'en tirer des conclusions d'ordre étiologique, pronostique et thérapeutique.

Nous avons commencé par une vue d'ensemble rapide sur la fréquence des présentations de la face, comparée aux autres présentations et sur la fréquence des diverses variétés de positions de cette présentation.

Nous basant sur nos 81 cas, nous avons cherché à établir :

- 1° L'importance et la fréquence des différentes causes, invoquées par les auteurs, comme favorisant la présentation de la face.

- 2^o Une conclusion pronostique pour la mère et l'enfant, mettant en évidence les facteurs qui assombrissent le pronostic, et leur fréquence en pratique d'hôpital.
- 3^o Enfin, du point de vue du traitement, des données thérapeutiques, inspirées par les conseils de nos maîtres conjugués aux résultats tirés des cas étudiés.

Nous présentons ensuite des tableaux schématisant toutes les observations étudiées et nous achevons notre thèse par des conclusions exposant succinctement les résultats qu'on peut tirer de ce travail.

Statistique d'ensemble des présentations de la face

La présentation de la face est rare. Tous les auteurs sont d'accord pour la considérer la plus rare après celle du front.

Comparant la fréquence des différentes présentations, le Professeur Demelin et mon maître Devraigne donnent pour 1.000 cas :

956 présentations du sommet.	
32 — du siège.	
8 — de l'épaule.	
4 — de la face.	

Dans leurs statistiques :

Mme Lachapelle trouve 1 présentation de la face sur 217 accouchements.

Le Professeur Pinard trouve 1 présentation de la face sur 247 accouchements.

Puech trouve 1 présentation de la face sur 200 accouchements.

Greuser, en Allemagne, trouve 1 présentation de la face sur 182 accouchements.

Petitjean (thèse) trouve 46 présentations de la face sur 9.839 accouchements étudiés à la Clinique Baudeloque.

Chevallier (thèse) trouve 50 présentations de la face sur 13.034 accouchements étudiés à la Clinique Tarnier.

Nous-même avons trouvé sur 19.270 accouchements étudiés à la Maternité de Lariboisière, 81 présentations de la face.

Il est enfin important de connaître la fréquence des différentes positions d'engagement de la présentation de la face.

Chevallier dans sa thèse trouve sur 46 cas :

17 MIGA
2 MIGP
23 MIDP
1 MIDA
3 MIGT

Nous avons trouvé des chiffres un peu différents, mais qui paraissent justifier complètement la thèse des auteurs qui, soutenant que toute présentation de la face est due à la déflexion de la présentation d'un sommet, tendent à la démontrer en invoquant l'ordre de fréquence des variétés de positions de la présentation du sommet.

Dans 76 cas où les positions étaient nettement diagnostiquées, nous avons trouvé :

41 MIDP correspondant à OIGA de la présent. du sommet
18 MIGA — OIGP —
8 MIDT
5 MIDA
3 MIGT
1 MIGP

En ce qui concerne les positions de dégagement, on sait qu'il n'en existe qu'une seule possible : c'est la mento-pubienne. Les mento-sacrées ne permettent le dégagement que s'il s'agit de petits fœtus.

Nous avons trouvé 2 mento-sacrées, mais dans ces deux cas il s'agissait d'enfants prématurés.

Nous avons de même observé deux mento-transverses également chez des prématurés.

Statistique et Etiologie de la présentation de la face.

Les *présentations primitives* de la face ont toujours été discutées.

Certains auteurs nient leur existence (Beaude-locque, Duncan).

Le Professeur Pinard disait « qu'elles n'existent qu'à titre accidentel ».

D'autres, enfin, admettent l'existence des présentations primitives de la face en soulignant cependant leur rareté.

Mme Lachapelle présentait deux femmes mortes à la fin de leur grossesse et à l'autopsie desquelles on a trouvé des fœtus avec présentation de la face.

Noegelé, le Professeur Bar, le Professeur Brindeau, Lequeux, ont rapporté des présentations de la face diagnostiquées pendant la grossesse :

« Les présentations primitives ne sont sans doute que des présentations précoces apparaissant dans les derniers jours de la grossesse sous l'influence des contractions de l'avant-travail (travail secret des anciens) » (Bar, Lequeux).

Nous n'avons pas pu trouver parmi les observa-

tions des femmes qui ont eu une présentation de la face et qui ont été suivies pendant leur gestation à la Maternité de Lariboisière aucun diagnostic de présentation de la face. Nous avons trouvé chez ces femmes, soit le diagnostic de présentation du sommet, soit, quand il était plus difficile, le diagnostic de tête en bas.

Nous ne pouvons donc ajouter de nouveaux cas de présentation primitive de la face à ceux déjà présentés jusqu'à ce jour.

Le plus souvent, il s'agit de *présentations de la face secondaires*.

En faveur de cette conception qui est soutenue par la majorité des accoucheurs, il faut noter :

- a) La rareté des diagnostics de présentation de la face faits avant le travail ;
- b) Le même ordre de fréquence pour les variétés des positions de la présentation de la face et pour les variétés des positions qui leur correspondent de la présentation du sommet (Prof. Demelin et Devraigne) ;
- c) L'existence fréquente d'une cause qui puisse expliquer cette déflexion.

Voyons maintenant quelles sont les causes invoquées comme favorisant ou provoquant la déflexion et si les statistiques peuvent démontrer leur existence et établir leur fréquence.

Nous diviserons ces causes en trois chapitres :

Causes d'ordre maternel ;

Causes d'ordre infantile ;

Causes d'ordre ovulaire.

I. — CAUSES D'ORDRE MATERNEL.

a) *La parité :*

Pour certains auteurs (Spaeth, Braun) la présentation de la face est plus fréquente chez les primipares :

Pour d'autres, au contraire, la présentation de la face se voit beaucoup plus fréquemment chez les multipares.

Cette dernière thèse paraît beaucoup plus vraisemblable, car la multiparité contrarie à la longue l'accommodation et prédispose aux présentations autres que le sommet.

Le Professeur Pinard trouve 191 multipares sur 331 cas.

Nous avons trouvé sur 74 cas, où la parité est nettement définie :

26 primipares
23 secondipares
7 tertipares
18 pluripares.

Donc, un peu plus d'un tiers sont des primipares et près de deux tiers sont des multipares.

Nos chiffres plaident donc en faveur de la multiparité comme cause favorisant la présentation de la face.

Il paraît que la primiparité ne peut prédisposer à la présentation de la face que parce qu'il y a une ou d'autres causes qui produisent la déflexion de la tête.

b) *Bassin rétréci* :

Ils ont indéniablement une grande importance dans la déflexion d'un sommet. On a insisté surtout sur leur fréquence dans les bassins plats rachitiques et dans les bassins cyphotiques.

1) *Dans les bassins plats rachitiques* :

La tête engagée suivant le diamètre transverse subit une certaine déflexion pour faire coïncider son diamètre bi-temporal, plus petit que le bipariétal, au diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur.

Or il suffit que cette déflexion s'exagère surtout quand il y a en plus une obliquité utérine pour que la présentation du sommet se transforme en une présentation de la face.

2) *Dans les bassins cyphotiques* :

La présentation de la face est plus favorable que celle du sommet, car le menton va pouvoir se dégager au dessous du pubis, « laissant le bipariétal profiter de la partie la plus large du bassin » (Prof. Jeannin).

Bar insiste sur le fait que la présentation de la face est surtout fréquente dans les bassins rétrécis faiblement : P. S. P. = 10 cm ; rare-

ment dans les bassins plus rétrécis : P. S.
P. = 9 cm. ou au-dessous.

Chevallier, dans sa thèse, trouve 31,9 % des
cas de bassins rétrécis.

Cournol trouve 1/3 sur 59 cas.

Nous éliminerons de notre statistique sur les
bassins rétrécis tous ceux qui ont appartenu à
des femmes ayant accouché des prématurés ou
des anencéphales, car dans ces cas il est peu
probable que les bassins rétrécis aient joué
un rôle dans la déflexion de la face. Nous
n'avons gardé que les cas où le bassin est
nettement défini comme normal ou rétréci
(promontoire accessible) et les fœtus nor-
maux et à terme.

Sur 34 cas, nous avons trouvé :

26 cas avec bassin normal.

8 cas avec bassin à promontoire accessible.

Donc, la proportion atteint presque le quart
des bassins rétrécis.

Sur les 8 cas trouvés, aucun diamètre promon-
to-souspubien n'est inférieur à 9,5 cm., sauf
un seul qui est de 9 cm.

Enfin, notons que dans deux cas seulement
sur les 8, nous avons trouvé une autre cause
pouvant expliquer la présentation de la face :
dans les 2 cas, il y avait deux gros enfants
respectivement de 3.458 et 3.800 gr.

c) *L'obliquité exagérée de l'utérus* (Deventer).

Un grand nombre d'auteurs classiques et contemporains admettent cette conformation utérine comme véritable cause de déflexion du sommet.

L'utérus obliquement dirigé de haut en bas et d'un côté à l'autre, le vertex heurte une région du détroit supérieur. La poussée continuant, la tête se défléchit, et la présentation primitive du sommet devient secondaire.

Nous n'avons pas pu trouver dans les observations que nous avons consultées, l'existence ou l'absence d'une obliquité exagérée dans un des cas étudiés.

d) *Tumeurs du bassin :*

Invoquées par Fritsch (myome) et Ahfeld (plénitude vésicale). Aucune tumeur n'a été signalée dans les observations qui nous intéressent.

e) *Paralysie partielle et localisée dans une région du segment inférieur*, d'où contraction sur une seule région : si c'est l'occiput, il résulte une déflexion.

Aucun fait dans les histoires de nos cas ne nous permet de renforcer cette hypothèse.

II. — CAUSES D'ORDRE INFANTILE.

a) *L'augmentation du poids de l'enfant* prédispose à la présentation de la face (Hecker, Pinard).

Dans leur manuel de l'accoucher le Professeur Démelin et mon maître Devraigne comparent la proportion des présentations de la face chez les en-

fants de poids normal et chez les gros enfants bien constitués :

Enfants de poids normal : 4 faces pour 1000 accouch.

Enfants de poids de 4.000-5.000: 20 faces pour 1000 accouch.

Nous avons trouvé dans nos observations de présentations de la face, 54 cas où le poids du fœtus était nettement indiqué :

Dans 2 cas, le poids était de 2.500-3.000 gr.

Dans 24 cas, le poids était de 3.000-3.500 gr.

Dans 23 cas, le poids était de 3.500-4.000 gr.

Dans 5 cas, le poids était au-dessus de 4.000 gr.

Donc, dans plus de la moitié des cas, l'enfant pesait plus de 3.500 gr.

Nous n'avons pas, bien entendu, compté les cas de prématurés et anencéphales, dont la présentation de la face est expliquée par d'autres mécanismes.

b) *Dolichocéphalie :*

Pour Hecker : cette conformation de la tête explique la déflexion de la tête par l'augmentation du bras du levier occipital.

Pour Tarnier, Chantreuil, Budin : La dolichocéphalie est produite pendant le passage de la tête dans la filière pelvienne. Il s'agit donc, en vérité, d'un effet et non d'une cause, comme croyait Hecker.

Nous n'avons pas pu fixer de chiffre sur le nombre des présentations de la face avec dolichocéphalie.

c) *Déformations pathologiques* : Tumeurs du cou, hypertrophie du thymus, tumeurs de la partie supér. du thorax.

Aucun fœtus de nos cas ne présentait une de ces déformations.

d) *Monstres* : le plus souvent il s'agit d'*anencéphales*.

Chez eux, la présentation de la face est très fréquente, vu la conformation spéciale de leur tête. Nous avons trouvé sur 21 enfants morts, 6 *anencéphales*, donc 1 pour 3,5.

Nous avons trouvé sur 81 cas, enfants vivants et morts, à terme ou non : 6 *anencéphales*, donc 1 cas pour 13,5 présentations de la face.

e) *Les prématurés*, par les petites dimensions de leur diamètre céphalique, subissent facilement une déflexion du sommet et donc la présentation de la face est assez fréquente.

Notre statistique montre dans 75 cas : 10 *prématurés*, donc 1 pour 7,5 à terme. Proportion assez importante.

III. — CAUSES D'ORDRE OVULAIRE.

1) *Gémellité* :

D'après le Professeur Démelin et mon maître Devraigne, les présentations de la face sont les

plus rares des présentations dans les grossesses gémellaires.

Sur les 81 accouchements que nous avons étudiés, nous en avons remarqué à peine 2 qui étaient gémellaires :

Dans le premier, c'était le deuxième fœtus qui s'est présenté par la face.

Dans le deuxième, c'était le premier fœtus.

Tandis que dans les deux, l'autre fœtus s'est présenté une fois par le sommet et une fois par le siège.

Nos chiffres ne font donc que vérifier les paroles des deux auteurs sus-nommés.

2) *L'hydramnios* : a été invoqué par Mme Lachapelle et Baudelocque comme cause empêchant l'accommodation et prédisposant aux présentations vicieuses.

Le Professeur Démelin et mon maître Devraigne trouvent pour 100 accouchées qui ont présenté de l'hydramnios, 4 avec présentation de la face.

Sur nos 81 accouchements, nous avons trouvé 7 femmes qui présentaient de l'hydramnios :

Dans 1 cas : il y avait un fœtus mort et macéré.

Dans 4 cas : il s'agissait d'anencéphales.

Dans 2 cas : il s'agissait de fœtus en mort apparente, mais non ranimés en dépit de tous les soins qui leur ont été prodigués.

C'est donc une proportion assez importante : un peu plus de 8 %.

3) *Brièveté du cordon* : a été accusée de favoriser la déflexion ou d'empêcher la flexion qu'il soit s'agisse d'une brièveté absolue, soit accidentelle.

Nous avons trouvé 3 cas de brièveté du cordon accidentelle par des circulaires du cordon.

Donc, proportion assez modeste.

En résumant, retenons donc que les grandes causes favorisant ou provoquant la déflexion de la présentation du sommet sont d'après notre statistique :

1) *La multiparité* : 30 % des présentations de la face ;

2) *Bassins peu rétrécis* : 23 % des présentations de la face ;

3) *Augmentation du poids de l'enfant* : 55 % des présentations de la face ;

4) *L'anencéphalie* : 7,4 % des présentations de la face ;

5) *Prématurité* : 13,5 % des présentations de la face ;

6) *L'hydramnios* : 8,8 % des présentations de la face suivant notre statistique.

Statistique et pronostic dans les présentations de la face

Avant Boër et Mme Lachapelle, le pronostic de la présentation de la face était considéré comme très grave et l'on cherchait par tous les moyens à transformer ces présentations en sommets par différentes manœuvres ; en cas d'échec, l'on faisait même des versions, seulement pour éviter ces « mauvaises présentations ».

Ainsi, Louise Bourgeois au ^{xvi}e siècle, accusa cette présentation de graves accidents pour le fœtus. Paul Portal au ^{xvii}e siècle, fut le seul optimiste : il écrivit qu'en dépit de l'anomalie de cette présentation, les dangers pour le fœtus se réduisent à de la souffrance et tuméfaction de la tête.

C'est au début du ^{xix}e siècle, que Mme Lachapelle montre que cette présentation n'a pas la gravité qu'on lui donnait, et qu'au contraire son pronostic est « au moins » aussi favorable que le sommet.

En ce qui concerne le pronostic maternel, nos devanciers le considéraient généralement comme assez bon.

Actuellement, nous devons envisager la question

du pronostic en étudiant séparément le pronostic maternel et le pronostic fœtal.

I. — PRONOSTIC MATERNEL.

Est considéré par tous les accoucheurs comme aussi bon que dans la présentation du sommet dans les cas normaux. Mais il faut tenir compte de quatre facteurs :

Les interventions nécessitées.

La longueur du travail.

La possibilité de traumatismes des parties molles par le fœtus.

Infections puerpérales.

a) *Interventions nécessitées :*

1) *Forceps* est indiqué pour difficulté d'extraction de l'enfant ou pour absence de rotation. Il dérape souvent, car la prise est difficile.

Chevallier, dans sa thèse, trouve 5 applications de forceps sur 50 cas, donc 10 %.

Nous avons trouvé une plus grande proportion, car sur 81 accouchements par la face, 41 ont été accompagnés d'une application de forceps : donc 1 application de forceps pour 7,4 accouchements spontanés. En étudiant les 41 applications de forceps, nous trouvons :

6 forceps n'ont été suivis d'aucun incident ou accident.

4 applications ont été suivies de déchirure du périnée :

2 fois : 2 crins ;

1 fois : 2 crins, 2 catguts ;

1 fois : 1 simple éraillure du périnée.

1 application de forceps a été accompagnée de rupture utérine.

Donc, nous devons tenir compte, dans l'établissement du pronostic maternel, des applications possibles de forceps et de leurs dangers, sachant que dans les présentations de la face, leur dérapage est facile.

2) *Versions* : Chevallier trouve 4 versions sur 50 cas, soit 8 %. Nous n'avons trouvé qu'une seule qui, du reste, n'a pas réussi et a dû être suivie d'une basiotripsie.

Les dangers de la version ne sont pas spéciaux à la présentation de la face ; du reste, la version se voit assez rarement indiquée dans les présentations de la face, ceci tenant compte de nos cas.

3) *Césarienne* : Nous avons trouvé deux cas de césarienne basse dans les 81 accouchements. Dans le premier, il s'agissait d'une primipare âgée avec présentation de la face et tissu peu élastique.

Dans le deuxième, bassin rétréci : 9 cm. de P. S. P.

En somme, la césarienne n'a pas d'indication spéciale dans la présentation de la face, n'étant pas plus indiquée que dans la présentation du sommet.

4) *Symphiséotomie* : indiquée dans les enclavements de la tête

Nous n'avons trouvé aucun cas.

5) *Cranioclasie* : traitement de choix dans les enclavements de la tête, ou pour extraction des enfants morts, en général.

Aucun cas de cranioclasie n'existe dans les observations étudiées.

6) *Basiotripsie* ;

Nous avons trouvé un seul cas sur 81 accouchements.

Voici l'observation très raccourcie :

C... *Marthe*, 37 ans II^e pare : première grossesse à terme, enfant sorti par la face.

Entre dans la salle de travail le 29 juin 1931 à 21 h.

Interrogée : à terme.

Examen du bassin : rétréci : P. S. P. = 10 cm. 1/2.

Examen de la présentation : tête mobile défléchie, dilatation complète, poche des eaux intacte, procubitus du cordon.

Tentative de version : infructueuse.

Application forceps sur tête fixée : dérapage, mort de l'enfant.

Basiotripsie sur tête mobile au détroit supérieur.

Délivrance artificielle immédiate. Révision utérine.

Injection iodo-iodorée. Hypophyse, glace

Garçon mort-né, pesant 3.800 gr.

Placenta 500 gr.

b) *La longueur du travail* est en fonction de plusieurs facteurs :

1) *Descente de la tête en mento-postérieure ou mento-transverse.*

On sait que, pour que l'accouchement se produise, il faut, de toute nécessité, que le menton tourne en avant. Généralement, cette rotation se produit dans les mento-postérieures ou transverses. Il suffit que la rotation tarde à se produire, pour que le travail traîne.

Nous avons trouvé, sur 26 accouchements, qui ont duré plus de 12 heures :

14 avec une présentation mento-postérieure.

4 avec une présentation mento-transverse.

8 avec une présentation mento-antérieure.

2) *La dystocie des épaules.* Ce n'est pas à proprement parler une dystocie spéciale à la présentation de la face, mais, comme nous l'avons dit plus haut, les grands enfants se présentant souvent par la face, leurs épaules, par leur volume, gênent le dégagement, d'où prolongation du travail.

Nous avons ainsi trouvé 3 cas avec dégagement difficile des épaules : toutes les fois chez des gros enfants.

Dans les 3 cas, la femme a été mise en position Devraigne-Descomps, et le dégagement a eu lieu spontanément.

3) *Les causes qui ont facilité ou produit la déflexion du sommet* gênent à leur tour le cours de l'accouchement.

Bassin rétréci, obliquité utérine exagérée, etc.

Gros volume de l'enfant, de la tête.

Hydramnios, brièveté du cordon.

En général, nous avons trouvé, sur 60 accouchements :

11 dont la durée a été de moins de 6 heures.

23 dont la durée a été de 6 à 12 heures.

18 dont la durée a été de 12 à 24 heures.

8 dont la durée a été de plus de 24 heures.

Il s'agit donc d'un travail assez long chez les femmes avec présentation de la face, travail qui peut fatiguer la parturiente, qui peut agir défavorablement sur son cœur, qui peut enfin prédisposer aux hémorragies de la délivrance et aux infections puerpérales.

c) *Traumatismes génitaux dus au passage du fœtus à travers la filière pelvi-génitale.*

1) *Rupture utérine* : la plus grave, mais aussi la plus rare.

Peters trouve sur 122 accouchements par la face 2 ruptures utérines.

Chevalier, dans sa thèse, n'en trouve aucune sur 50 cas.

Nous en avons trouvé une seule.

Voilà l'observation très raccourcie :

N. F..., 22 ans, II-pare, est amenée de ville. Son médecin, appelé pour l'accoucher, diagnostique une MIDT.

La grossesse est à terme.

Le travail traînant et le fœtus souffrant, le médecin applique un forceps Démelin ; il dégage en MP.

Fille mort-née pesant 3.550 gr.

Périnée intact.

Délivrance artificielle : placenta complet, 600 gr.

Révision utérine : constate une rupture de l'utérus.

Envoi d'urgence à l'hôpital où on pratique l'hystérectomie.

Guérison.

Les ruptures utérines sont donc très rares, pour ne pas dire exceptionnelles, et la présentation de la face ne prédispose pas plus que le sommet à de tels accidents.

2. *Attrition du vagin, sphacèle :*

Invoquées par certains auteurs.

Nous n'avons trouvé aucun cas dans notre statistique.

3. *Déchirure du périnée :*

La présentation de la face prédispose aux déchirures périnéales, surtout quand il s'y ajoute la notion des tissus peu extensibles. Nous avons trouvé six déchirures périnéales sur les 80 accouchements, donc 7,5 %.

Sur ces 6 déchirures périnéales, aucune atteinte du sphincter :

3 fois : mise de 2 crins

2 fois : mise de 2 crins et 2 catguts.

1 fois : simple éraillure.

d) *Les infections maternelles* sont favorisées par :

La lenteur du travail ;

La rupture précoce de la poche des eaux ;

Les déchirures multiples au moment des interventions.

Peters trouve 28 cas d'infection puerpérale sur 122 accouchements par la face dont trois cas de péritonite mortelle.

Chevallier trouve trois cas sur 50 accouchements par la face, mais pas de cas mortel.

Nous avons trouvé 8 cas assez bénins car tous sont guéris avant ou au dixième jour.

Donc la proportion n'est pas beaucoup plus forte que dans les présentations du sommet.

Concluons donc que le pronostic maternel est bon en général, presque aussi favorable que dans les présentations du sommet, mais il faut tenir compte

des interventions qui sont un peu plus fréquemment indiquées et les déchirures périnéales qui sont un peu plus fréquentes que dans les présentations du sommet.

II. — PRONOSTIC FŒTAL.

Est plus grave en comparaison
avec la présentation de l'occiput.

Peters trouve sur 122 enfants : 23 enfants morts dont 20 mort-nés.

Cournol, sur 59 enfants sortis par la face, trouve 22 décès.

Chevallier donne une proportion de 20 % de mortalité infantile, car sur 50 cas il trouve 10 morts.

Le professeur Jeannin, au contraire, trouve une mortalité de :

2 % dans les mento-pubiennes,
et 8 à 13 % dans les mento-sacrées

Nous ne pouvons pas mettre sur le même plan les anencéphales, les prématurés et les enfants normaux à terme, c'est pourquoi en établissant notre statistique sur la mortalité infantile dans les accouchements par la face, nous tiendrons compte seulement des enfants à terme, restant à considérer à part les anencéphales et les prématurés.

Nous avons trouvé sur 81 fœtus nés par la face :

60 vivants

21 morts, dont :

10 fœtus à terme, donc près de.....	50 %
5 fœtus prématurés, donc près de.....	23 %
6 monstres anencéphales, donc près de..	27 %.

Éliminons d'abord les *prématurés* :

Nous avons trouvé sur 10 prématurés 5 morts, donc 50 % ; sur les 5 morts :

2 étaient de six à sept mois.

2 étaient de sept à huit mois.

1 était de plus de huit mois.

Les *anencéphales* étaient tous mort-nés.

Enfin, il nous reste les *enfants à terme*.

Nous avons considéré 81 accouchements.

En éliminant les dix prématurés et les six anencéphales, nous avons trouvé 65 accouchements à terme.

Sur ces 65 accouchements à terme, il y a 10 fœtus qui sont morts, donc environ 15,23 %.

Sur les 10 morts à terme, nous avons trouvé :

4 en mort apparente, impossibles à ranimer.

6 en mort réelle.

Enfin, notons que 4 autres fœtus nés en mort apparente ont pu être ranimés.

La mortalité des nouveau-nés avec présentation de la face est due, exceptant les causes habituelles de mort du fœtus : syphilis, débilité, alcool, à la fréquence des compressions du cordon, des compressions de la veine jugulaire, de la gêne circula-

tion cérébrale, des interventions, des accidents ultérieurs :

Ophtalmie gonococcique, broncho de déglutition, infections cutanées.

I) *Compression du cordon.*

Quand le cordon est enroulé autour du cou, il peut être comprimé entre l'occiput défléchi et la partie supérieure de la colonne vertébrale.

Nous avons trouvé trois cas avec circulaires du cordon :

Un premier : un seul circulaire lâche autour du cou : enfant vivant.

Un deuxième : deux circulaires autour du cou : enfant né étonné, crie après dix minutes.

Un troisième : trois circulaires autour du cou : fœtus mort-né.

Quand le cordon est procident, il est comprimé entre la tête et le bassin de la mère.

Nous avons trouvé deux cas :

dans le premier, le cordon était franchement procident, mort du fœtus en dépit de la version et d'un forceps qui ont été infructueux.
dans le second : latérocidence avec enfant vivant.

II) *Compression des veines jugulaires*, par tension des muscles de la région cervicale antérieure ou par la rigidité des bords de l'orifice utérin.

Nous ne pouvons présenter aucun cas concernant ce mécanisme de mort du fœtus.

III) *Gêne de la circulation cérébrale* par hyperextension de la tête (Prof. Jeannin).

IV) *Fréquence des interventions*, conditionnées par :

souffrance fœtale,
longueur du travail,
dystocies,

a) *Le forceps* nécessite un serrage assez fort pour éviter le glissement de la tête, ce qui favorise les hémorragies méningées, les paralysies obstétricales, etc...

b) *La cranioclasie* est nettement indiquée quand :

— il y a danger de rupture utérine,
— enclavement de la tête.

Aucun cas de cranioclasie n'existe dans nos observations.

c) *La basiotripsie* a les mêmes indications que la cranioclasie.

V) *Les accidents ultérieurs* :

a) *l'ophtalmie gonococcique* est favorisée par la longueur du travail ;

b) *la broncho-pneumonie de déglutition* peut apparaître quand l'enfant a fait quelques mouvements de succion ;

c) *infections cutanées* peuvent apparaître à la suite des érosions, traumatismes cutanés,

très fréquents dans les présentations de la face.

Nous ne pouvons présenter aucun cas avec accidents ultérieurs chez les enfants nés à la Maternité de Lariboisière dans les dix dernières années.

Nous concluerons donc que le pronostic maternel, habituellement bon, est assombri par les interventions et enfin que le pronostic foetal, moins bon que dans les présentations du sommet, n'a pas cependant la gravité que certains auteurs ont voulu lui donner, ne tenant, bien entendu, compte des anencéphales et prématurés.

Thérapeutique

Nous diviserons ce chapitre en trois parties :

avant le travail,
pendant le travail,
après le travail.

1^o AVANT LE TRAVAIL.

Si on a eu l'occasion de diagnostiquer une des rares présentations de la face primitive, on est conseillé par certains auteurs d'intervenir et d'essayer de transformer cette présentation en une présentation du sommet. Schatz et Fritsch ont décrit des techniques, l'un par des manœuvres externes, l'autre par un décubitus approprié, afin de réussir cette transformation de présentations.

D'autres auteurs ne touchent pas les présentations primitives.

En pratique la rareté extrême des présentations primitives de la face existantes et diagnostiquées évite à l'accoucheur interventionniste les succès des méthodes préconisées et, aux autres accoucheurs, l'hésitation.

2^o PENDANT LE TRAVAIL.

Deux possibilités : dilatation incomplète, dilatation complète.

a) *si la dilatation est incomplète :*

I. *Quand la poche des eaux est intacte :* savoir attendre.

On s'attend à ce que le travail soit lent, mais on sait aussi que l'accouchement dans la présentation de la face est dans 90 % des cas, spontané.

Dans nos statistiques, sur 74 cas :

60 accouchements spontanés,
11 accouchements forceps,
2 césariennes basses,
1 basiotripsie,

On a conseillé la transformation à ce moment de la présentation de la face en présentation du sommet par les techniques de Baudelocque, Pinard, ou Thorn.

Il est sage, devant le danger et la fréquente inutilité de ces manœuvres, de renoncer à elles et de laisser l'accouchement se faire par la face, mais dans certains cas, il y a indication d'intervention :

Si la dilatation est lente à se faire et si les bruits cardiaques commencent à augmenter de fréquence, mettre un ballon de Champetier de Ribes,

Si la souffrance fœtale est manifeste et l'état de la femme sérieux, pratiquer :

Une version si face libre au détroit supérieur.

Un forceps si face fixée.

Après dilatation unie ou bi-manuelle du col.

II. *Quand la poche des eaux est rompue :*

Attendre encore, en surveillant étroitement la femme pour pouvoir accélérer ou intervenir à la première indication.

La transformation en sommet devient ici plus facile à pratiquer mais elle reste pourtant exceptionnellement indiquée, vu les possibilités d'accidents.

b) *Si la dilatation est complète :*

1. *Quand la face s'est engagée et pas de souffrances fœtales :*

laisser l'accouchement se faire spontanément.

Il ne faut en aucune façon intervenir sauf pour aider une flexion de la tête au moment du dégagement.

Pour éviter une déchirure centrale du périnée. Dans deux des cas que nous avons étudiés, une épisiotomie prophylactique a été faite pour éviter la déchirure du périnée surdistendu par une grosse tête.

Nous avons aussi noté 6 déchirures du périnée dont 2 seulement se sont produites aux accou-

chements spontanés, les 4 autres après forceps.

II. *Quand la face ne s'engage pas :*

Si l'enfant n'est pas trop gros et si le bassin est normal ou peu rétréci

faire une version pédalique.

Nous n'avons qu'un cas où la version a été faite mais elle a été infructueuse.

Si l'enfant est gros ou le bassin rétréci sauf l'existence d'une infection.

la césarienne basse est indiquée.

Nous avons deux cas de césariennes basses :

Dans un premier cas, il s'agissait d'une primipare âgée avec un bassin un peu rétréci.

Dans un deuxième cas, le diamètre promontous-pubien égal 10 cm, et l'enfant pesait 3.450 gr.

III. *Quand la face est engagée, mais la poche des eaux rompue depuis longtemps, le travail traînant :*

faire forceps, si l'enfant est vivant.

Sur 11 applications de forceps trouvées dans nos statistiques, 7 étaient indiquées par la longueur du travail et la souffrance fœtale.

La cranioclasie est indiquée et à son défaut la basiotripsie si l'enfant est mort.

Nous avons, dans une observation, un fœtus mort, après version et forceps inefficaces, et extrait par basiotripsie.

IV. *Quand la face n'a pas fait sa rotation en avant intervenir :*

Appuyer avec un index sur la voûte palatine pour compléter la déflexion, ce qui amoindrit la présentation en facilitant la rotation (manœuvre de Démelin).

En cas d'échec, forceps.

Sur 11 applications de forceps, 2 ont été indiquées par l'absence de rotation en avant.

V. *Si la face se dégage difficilement :*

le forceps est indiqué.

Sur 11 applications de forceps, 2 ont été indiquées pour dégagement laborieux et souffrance fœtale.

3° APRÈS TRAVAIL :

Traiter les érosions cutanées.

Surveiller particulièrement les yeux et prendre toutes les précautions pour éviter l'apparition de l'ophtalmie gonococcique.

Surveiller l'appareil pulmonaire par crainte de broncho-pneumonie de déglutition.

Enfin l'allaitement peut être difficile par le gonflement des lèvres et de la langue.

<i>Nom et âge</i>	<i>Accouch. antér.</i>	<i>Bassin</i>	<i>Durée trav.</i>	<i>Terme et fin d'accouchement</i>	<i>Posit. d'engag. de dég.</i>	<i>Enfant</i>	<i>Délivrance</i>	<i>Observations</i>
1924 (suite)								
P. Camille, 30 ans	IV-pare	?	?	à terme spontané	MIGA MP	garçon vivant 2.950 gr.	naturelle complète 500 gr.	
Ch. Marie, 30 ans	II-pare	?	?	à terme spontané	MIGA MP	filie vivante 3.150 gr.	naturelle complète 650 gr.	
M. Louise, 31 ans	I-pare	normal	?	à terme spontané	MIDP MP	filie vivante 2.900 gr.	naturelle complète 480 gr.	
P. Marcelle, 27 ans	III-pare	?	?	à terme spontané	MIDA MP	filie vivante 2.820 gr.	naturelle complète 520 gr.	
B. Marie, 24 ans	I-pare	?	?	à terme spontané	MIDP MP	garçon vivant 3.450 gr.	naturelle complète 550 gr.	
R. Kerony, 27 ans	II-pare	?	?	à terme spontané	MIDP MP	filie vivante 3.750 gr.	naturelle complète 620 gr.	
1925								
G. Pauline, 26 ans	II-pare	normal	7 h.	à terme spontané	MIDP MP	garçon vivant 3.650 gr.	naturelle complète 650 gr.	
D. Joséph., 18 ans	II-pare	?	8 h. 15	à terme spontané général. 1 ^{er} : face	MIDP MP	garçon vivant	naturelle complète bivitelline 700 gr.	

<i>Nom et âge</i>	<i>Accouch. antér.</i>	<i>Bassin</i>	<i>Durée trav.</i>	<i>Terme et fin d'accouchement</i>	<i>Posit. d'engag. de dég.</i>	<i>Posit.</i>	<i>Enfant</i>	<i>Délivrance</i>	<i>Observations</i>
1925 (suite)									
N. Freia, 22 ans	II-pare	?	23 h.	à terme forceps Demelin en ville rupt. utér. hyst.	MIDT	MP	fille morte née 3.550 gr.	artificielle complète 600 gr.	
M. Marie, 23 ans	I-pare	normal	32 h.	à terme spontané	MIDP	MP	fille vivante 2.390 gr.	naturelle complète 475 gr.	
1926									
D. Adèle, 29 ans	IV-pare	rétréci 10,7 cm.	8 h. 30	précoce spontané	MIGA	MP	fille vivante 3.000 gr.	naturelle complète 380 gr.	
D. Lucie, 20 ans	I-pare	?	14 h.	à terme spontané	MIGA	MP	garçon mort ap. ranimé 3.850 gr.	naturelle complète 500 gr.	
R. Alberte, 30 ans	II-pare	normal	25 h.	à terme spontané	MIGT	MP	fille vivante 3.600 gr.	naturelle complète 480 gr.	
A. Blanche, 23 ans	I-pare	rétréci 9,5 cm.	4 h. 30	prémnat. (8 mois) forceps sur MP	MIDA	MP	fille mort appar. ranimée 2.450 gr.	naturelle complète 400 gr.	
G. Jeanne, 36 ans	I-pare	normal	?	à terme césar. basse conservatr.	MIDT		garçon vivant 3.850 gr. 1 circul.	artific. complète 700 gr.	

<i>Nom et âge</i>	<i>Accouch. antér.</i>	<i>Bassin</i>	<i>Durée trav.</i>	<i>Terme et fin d'accouchement</i>	<i>Posit. d'engag.</i>	<i>Posit. de dég.</i>	<i>Enfant</i>	<i>Délivrance</i>	<i>Observations</i>
1926 (suite)									
Giordano, 30 ans	IV-pare	?	14 h. 30	à terme spontané	MIDP	MP	filie mort appar. n. ran. 3.530 gr.	naturelle complète 620 gr.	
1927									
W. Adrienne, 28 ans	II-pare	normal	4 h. 45	prémat. (6 m. 1/2) extract. man.	MIDP	MS	filie anencéph. ascite 1.300 gr.	naturelle incompl. 350 gr.	Hydram
P. Denise, 23 ans	III-pare	normal	24 h. 10	prémat. (8 mois) spontané	MIGA	MP	garçon vivant 3.500 gr.	naturelle complète 540 gr.	
R. Rachel, 27 ans	V-pare	normal	7 h.	à terme spontané	MIGA	MP	garçon vivant 5.430 gr.	natur. membr. par. déchirées 930 gr.	
R. Claud., 22 ans	I-pare	?	?	à terme spontané gémell. 1 ^{er} face	MIDP	MP	garçon vivant 1.430 gr.	natur. inc. 2 masse placent. 480 gr.	
P. Louise, 32 ans	IV-pare	normal	6 h. 10	à terme spontané dyst. épaules pos. D. D.	MIDP	MP	garçon vivant	naturelle complète	
D. Paule	II-pare	normal	17 h. 45	à terme spontané	MIGP	MP	garçon vivant 3.710 gr.	naturelle complète 520 gr.	

<i>Nom et âge</i>	<i>Accouch. antér.</i>	<i>Bassin</i>	<i>Durée trav.</i>	<i>Terme et fin d'accouchement</i>	<i>Posit. d'engag. de dég.</i>	<i>Enfant</i>	<i>Délivrance</i>	<i>Observations</i>
1928								
L. Lucre, 21 ans	I-pare	rétréci 10 cm.	16 h. 40	à terme spontané dyst. épaules pos. pos. D. D.	MIGA MP	garçon mort ap. non ran. 3.300 gr.	naturelle complète 630 gr.	
V. Antoine, 21 ans	I-pare	?	9 h. 30	à terme forceps Tarnier	MIDT MP	filie vivante 3.020 gr.	naturelle complète 780 gr.	périn. 2 catg. 2 crin. Hydram
G. Marcelle, 22 ans	I-pare	?	?	à terme spontané	MIDP MP	garçon mort-né 3 circul. 3.370 gr.	naturelle complète 570 gr.	
L. Lucienne, 36 ans	IV-pare	?	?	à terme spontané	MIDP MP	filie vivante 3.780 gr.	nature. mubr. dé- chirée 600 gr.	
S. Elise	II-pare	normal	7 h.	à terme spontané	MIDP MP	filie vivante 3. 50 gr.	naturelle complète 580 gr.	
1929								
F. Amélie, 29 ans	III-pare	normal	14 h.	à terme spontané	MIGA MP	garçon vivant 3.300 gr.	naturelle complète 500 gr.	
Ô. Marie, 39 ans	VI-pare	?	10 h. 15	à terme spontané	MIDP MP	garçon vivant 4.200 gr.	naturelle complète 520 gr.	Hydro- néphrose
C. Adrienne, 36 ans	VII-pare	?	?	à terme spontané	MIGA MP	filie vivante 3.500 gr.	naturelle complète 480 gr.	
M. Georgette, 30 ans	II-pare	?	4 h.	à terme spontané	MIGA MP	garçon vivant 3.250 gr.	naturelle complète 500 gr.	

<i>Nom et âge</i>	<i>Accouch. antér.</i>	<i>Bassin</i>	<i>Durée trav.</i>	<i>Terme et fin d'accouchement</i>	<i>Posit. d'engag. de dég.</i>	<i>Enfant</i>	<i>Délivrance</i>	<i>Observations</i>
1929 (suite)								
D. Mad., 34 ans	III-pare	?	12 h.	à terme spontané	MIDA	MP	natur. membr. déchirés 900 gr.	
C. Georg., 24 ans	I-pare	rétréci 10 cm.	26 h. 45	à terme césar. basse	MIDP	MP	artific. complète 600 gr.	Vaginite granuleuse
N. Alberte, 27 ans	II-pare	?	?	à terme spontané	MIDP	MP	natur. membr. déchirés 600 gr.	
P. Eloise, 27 ans	V-pare	?	30 h. 15	à terme spontané			anenceph. 3.020 gr.	
B. Germaine, 24 ans	I-pare	?	7 h.	à terme forceps Tarnier	MIDP	MP	fillevivante 3.650 gr.	
N. Renée, 38 ans	VI-pare	?	22 h. 15	à terme spontané	MIGA	MP	garçon vivant 4.000 gr.	Périnée ? Crins hémorr. légère
1930								
M. Suz., 23 ans	II-pare	?	?	à terme spontané	?	MP	garçon vivant 2.550 gr.	naturelle complète 350 gr.
T. Claude, 23 ans	I-pare	normal	5 h. 15	à terme spontané	MIDP	MP	garçon vivant 3.130 gr.	natur. complète 500 gr.
L. Marcelle, 25 ans	III-pare	?	7 h.	à terme spontané	MIGA	MP	fillevivante 3.700 gr.	naturelle complète 500 gr.
M. Jeanne, 20 ans	I-pare	?	10 h.	à terme spontané	MIDP	MP	fillevivante 3.300 gr.	naturelle complète épis. gauche 1 crin 550 gr.

<i>Nom et âge</i>	<i>Accouch. antér.</i>	<i>Bassin</i>	<i>Durée trav.</i>	<i>Terme et fin d'accouchement</i>	<i>Posit. d'engag.</i>	<i>Posit. de dég.</i>	<i>Enfant</i>	<i>Délivrance</i>	<i>Observations</i>
1930 (suite)									
B. Reine, 22 ans	II-pare	normal	13 h.	prémat. 6 m. $\frac{1}{2}$ spontané	?	?	garçon anenceph. 800 gr.	artific. complin. 400 gr.	Hydram
A. Suzanne, 29 ans	VIII-pare	normal	4 h.	naturel à terme	MIDP	MP	garçon vivant 4.320 gr.	natur. rétent. pro- bable 800 gr.	Latéro- cid. cord.
B. Marie, 30 ans	II-pare	normal	11 h. 30	à terme forceps Tarnier	MIDP	MP	filie vivante 3.750 gr.	naturelle complète	
D. Jeanne, 32 ans	III-pare	normal	?	à terme spontané	MIGA	MP	garçon mort ap. ranimé 3.600 gr.	naturelle complète 570 gr.	
D. Geneviève 18 ans	I-pare	?	8 h. 45	à terme spontané	MIGA	MP	filie vivante 3.250 gr.	naturelle complète 550 gr.	
M. Marie, 26 ans	I-pare	?	5 h. 15	à terme spontané	MIGA	MP	filie vivante 3.200 gr.	naturelle complète 500 gr.	
D. Jeanne, 32 ans	I-pare	?	?	à terme spontané	MIGA	MP	filie vivante 3.050 gr.	naturelle complète 680 gr.	
R. Irèna, 38 ans	III-pare	?	?	à terme spontané dyst. épaules pos. D. D.	MIDT	MP	garçon mort ap. non ranimé 4,750 gr.	naturelle complète 780 gr.	Hydram
B. Bertha, 19 ans	II-pare	normal	3 h. 45	naturelle à terme	MIGA	MP	garçon vivant 3.250 gr.	naturelle complète 570 gr.	

<i>Nom et âge</i>	<i>Accouch. antér.</i>	<i>Bassin</i>	<i>Durée trav.</i>	<i>Terme et fin d'accouchement</i>	<i>Posit. d'engag.</i>	<i>Posit. de dég.</i>	<i>Enfant</i>	<i>Délivrance</i>	<i>Observations</i>
1931									
O. Marie, 37 ans	XI-pare	?	44 h. 45	à terme spontané	MIDA	MP	fille vivante 3.580 gr.	naturelle complète 450 gr.	
G. Anne, 33 ans	I-pare	?	24 h.	à terme forceps Demelin	MIDP	MP	fille vivante 2.770 gr.	naturelle complète 620 gr.	
B. Yvonne, 22 ans	I-pare	?	44 h.	à terme spontané	MIGA	MP	garçon vivant 3.270 gr.	naturelle complète	Epist. droite
L. Léontine, 23 ans	I-pare	?	?	à terme forceps pos. D. B.	MIGT	MP	fille vivante 3.650 gr.	naturelle complète 650 gr.	Périné 2 crin.
P. Made, 37 ans	II-pare	normal	?	prémat. 8 mois spontané	MIDP	MP	garçon vivant 2.710 gr. 2 circ. garçon mort-né 3.800 gr.	naturelle complète 375 gr. artif. compl. 500 gr.	
C. Marthe, 37 ans	II-pare	rétréci 10 cm. 5	?	à terme vers. inf. forceps surfixée dérap. : mort de l'enf. basiotripsie					
R. Louise, 33 ans	VII-pare	?	?	prémat. 7 m. $\frac{1}{2}$ spontané	MIGA	MP	garçon mort-né 2.160 gr.	naturelle complète 350 gr.	
B. Bina, 26 ans	I-pare	?	46 h. 30	à terme forceps Tarnier $\frac{1}{2}$ exc.	MIGT	MP	fille mort appar. non ranimée	naturelle complète 570 gr.	
A. Georgette, 22 ans	I-pare	normal	21 h. 20	à terme spontané	MIDT	MP	garçon vivant 2.950 gr.	naturelle complète 400 gr.	

<i>Nom et âge</i>	<i>Accouch. antér.</i>	<i>Bassin</i>	<i>Durée trav.</i>	<i>Terme et fin d'accouchement</i>	<i>Posit. d'engag.</i>	<i>Posit. de dég.</i>	<i>Enfant</i>	<i>Délivrance</i>	<i>Observations</i>
1931 (suite)									
B. Marie, 33 ans	V-pare	rétréci 41 cm. 3	11 h. 15	à terme spontané	MIDP	MP	filie vivante 3.190 gr.	naturelle complète 500 gr.	
F. Jeanne, 17 ans	I-pare	normal	6 h.	à terme forceps Tarnier	MIDA	MP	garçon mort-né 3.200 gr.	naturelle complète 620 gr.	
R. Joséphine, 34 ans	II-pare	normal	8 h. 40	à terme spontané	MIDP	MP	garçon vivant 3.330 gr.	naturelle complète 550 gr.	
R. Marie, 36 ans	V-pare	normal	1 h. 50	à terme spontané	?	MP	filie vivante 2.930 gr.	naturelle complète 370 gr.	
1932									
C. Marie, 32 ans	IV-pare	?	16 h.	à terme forceps Tarnier	MIDT	MP	filie mort appar. ranimée 3.270 gr.	naturelle complète 460 gr.	
D. Marie, 33 ans	III-pare	rétréci tr. faibl.	30 h. 15	à terme spontané ballon de Champ. Ribes	MIDP	MP	filie mort-née ma- cérée 2.350 gr.	artif. complète 350 gr.	
C. Suzanne, 26 ans	I-pare	normal	8 h. 45	à terme spontané	MIDT	MP	filie mort-née macérée 1.870 gr.	naturelle complète 350 gr.	
M. Madeleine, 27 ans	I-pare	normal	22 h.	à terme forceps	MIDP	MP	garçon vivant 4.350 gr.	naturelle complète 120 gr.	

<i>Nom et âge</i>	<i>Accouch. antér.</i>	<i>Bassin</i>	<i>Durée trav.</i>	<i>Terme et fin d'accouchement</i>	<i>Posit. d'engag. de dég.</i>	<i>Enfant</i>	<i>Délivrance</i>	<i>Observations</i>
1932 (suite)								
E. Jenny, 21 ans	I-pare	?	?	à terme spontané	MIDP MP	filie hérédo mort ap. non ranimée 2.200 gr.	naturelle complète 1.020 gr.	Hydramnios
B. Marie, 24 ans	II-pare	?	8 h. 45	prématuré 6 mois spontané	MIDP MP	filie vivante 1.400 gr.	artif. complète 200 gr.	
B. Marie, 30 ans	II-pare	?	3 h. 30	à terme spontané	MIGP MP	garçon anenceph. 3.800 gr.	naturelle complète 600 gr.	réinée, 2 cat. 2 crins
C. Marie, 29 ans	II-pare	normal	13 h. 20	à terme spontané	MIDP MP	filie vivante 3.520 gr.	naturelle complète 550 gr.	
D. Anne, 36 ans	VII-pare	?	?	à terme spontané	MIDP MS	filie anenceph. 3.680 gr.	naturelle complète 630 gr.	Hémorr. hypoph.

Conclusions

Que pouvons-nous conclure de cette statistique au point de vue fréquence, étiologie, pronostic et traitement des présentations de la face observées dans les dix dernières années à la Maternité de Lariboisière ?

1^o Les présentations de la face se rencontrent environ 1 cas sur 238 accouchements et parmi les variétés de position, la mento-iliaque droite postérieure est la plus fréquente : 53 %.

2^o Les présentations de la face sont presque toujours consécutives à des présentations du sommet défléchi, abstraction faite des faces primitives, dont aucun cas n'a été observé à la Maternité de Lariboisière.

3^o Les causes favorisant ou provoquant cette déflexion sont les plus fréquemment :

- les bassins peu rétrécis,
- la multiparité,
- les gros enfants,
- la prématuré,
- l'hydramnios,
- les monstres anencéphales.

4° Le pronostic maternel est presque aussi bon que dans les présentations du sommet, exception faite des cas qui ont nécessité des interventions, plus fréquentes dans les présentations de la face.

5° Le pronostic fœtal est moins bon que dans le sommet (15,23 %) de mortalité, éliminant les prématurés et les monstres.

6° La plupart des accouchements se font spontanément, mais les interventions sont plus fréquentes que dans les présentations du sommet (18,9 %). Les applications de forceps sont les plus fréquentes des interventions (73 %).

7° Dans la marche de l'accouchement, il faut toujours surveiller la rotation en avant de la face ; si elle ne se fait pas, faire la manœuvre de Démelin et en cas d'échec une application de forceps.

Vu : le Président de la thèse,
COUVELAIRE.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Bar, Brindeau et Chambrelent.* — Pratique de l'Art de l'accouchement.
- Chevalier.* — Thèse de Paris, 1910.
- Cournol.* — Contribution à l'étude de la présent. de la face, 1897.
- Couvelaire.* — Dans Pratique médico-chirurgicale.
- Demelin et Devraigne.* — Manuel de l'Accoucheur, 1924.
- Dubrisay et Jeannin.* — Précis d'accouchement, 1930.
- Duncan.* — Research in Obst., 1868.
- Jeannin.* — Conférences d'accouchement, 1909.
- Lachapelle (Mme).* — Pratique d'accouchement, 1821.
- Petitjean.* — Thèse de Paris, 1904.
- Schwaab (A.).* — L'Obstétrique du Praticien.

